

Dieses Heft gibt kurz, knapp und verständlich Handlungssicherheit beim Schreiben des Berichtsblattes und Dokumentationen nach **Krohwinkel oder ähnlichen**.

Es ist **nicht** für das vierstufige Strukturmodell (einschließlich SIS) geschrieben!

Bremen, R. Lübke

Inhaltsverzeichnis:

Seite	3:...	Pflegeziele ambulant
Seite	4:...	Pflegeziele vollstationär
Seite	6:...	Schriftliche Eintragungen
Seite	10:...	Pflegeanamnese
Seite	16:...	Biografie
Seite	19:...	Berichteblatt
Seite	27:...	Überleitungsformular
Seite	28:...	Ärztliche Anordnung
Seite	38:...	Pflegeplanung
Seite	47:...	Pflegeplanung in fünf Schritten
Seite	50:...	Bewertungskriterien für die Pflege - qualität „ stationär “
Seite	57:...	Bewertungskriterien für die Pflege- qualität „ ambulant “
Seite	67:...	Medikamente u. Nahrungsmittel
Seite	70:...	Medikamenten-Kennzeichnung
Seite	72:...	Zitat: Juristische Expertengruppe
Seite	74:...	Antipsychotika im Alter

Pflegedokumentationssystem

Mit dem Dokumentationssystem sollten alle wichtigen Informationen erfasst werden können z. B.:

- Stammdaten
- Pflegeanamnese / Informationssammlung
- Biografie
- Pflegeplanung mit Bedürfnissen, Problemen, Fähigkeiten, Zielen, geplanten Maßnahmen u. Evaluation der Ergebnisse.
- Verordnete med. Behandlungspflege.
- Verordnete Medikamentengabe.
- Durchführungsnachweise (Leistungsnachweise)
- Berichtblatt (Pflegebericht)

Das Dokumentationssystem ist in Abhängigkeit von bestehenden Pflegeproblemen im Rahmen der vereinbarten Leistungen ggf. zu erweitern ...

... z.B. durch

- Bewegungs-, bzw. Lagerungsplan, Überleitbogen
- Wunddokumentation,
- Dekubitusrisikoscala, Fixierung, Gewichtsverlauf
- Miktionsprotokoll, Sturzrisiko u. A.

Der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung muss im Rahmen der Pflegeplanung und Pflegedokumentation große Aufmerksamkeit gewidmet werden. Deshalb sind bei Bedarf folgende Instrumente sinnvoll:

- Screening-Instrumente: MUST, NRS, MNA, PE-MU Zitat: Expertenstandard DNQP „Ernährungsmanagement“ (März 2009)
- Trinkprotokoll, Trinkplan
- Ernährungsprotokoll, Ernährungsplan
- Ein- und Ausfuhrprotokoll, Bilanzierung.

Schriftliche Darstellung des Pflegerberichtes / Dokumentation

- Keine Eintragungen mit Bleistift (nur Kugelschreiber o. Tinte).
- Fehleinträge so unkenntlich machen, dass die Eintragung lesbar bleibt (waagerechter Strich durch den Text).
- Keine Leerzeilen im Text lassen.
- Die Pflegekraft die eine Leistung erbracht hat, muss diese auch mit Datum und Handzeichen abzeichnen.
- Das Anfertigen von Abschriften von z.B. verschmutzten Blättern sollte unterbleiben.
- In der ambulanten Pflege wird die Pflegedokumentation (außer in begründeten Einzelfällen) beim Kunden aufbewahrt.
- Bei Eintragungen in einer PC-Dokumentation benötigt jeder Mitarbeiter zwingend ein eigenes Passwort.

Maßnahmen in der Dokumentation wie: Überkleben, Tipp-Ex, Ausradieren u.ä. sind verboten und strafbar.

In der Einrichtung muss eine einheitliche Dokumentation verwendet werden.

Es gibt keine Vorschrift, welche Formblätter gebraucht werden sollen. Sie können auch selber entwickelt u. gedruckt sein.

Pflegeanamnese / Infosammlung

Wurde ein Erstgespräch (Aufnahmegespräch) vor o. beim Einzug, durch PFK o. Heim-, Pflegedienstleitung, sozialer Dienst geführt?

Ist eine Pflegeanamnese / Informationssammlung erstellt worden?

Zu Beginn der Versorgung erstellt die (...) Pflegeeinrichtung eine umfassende Informationssammlung über Ressourcen, Risiken, Bedürfnisse, Bedarfe und Fähigkeiten.

Hierbei sind die notwendigen Prophylaxemaßnahmen (z.B. gegen Dekubitalgeschwüre, Pneumonien, Stürze und Kontrakturen in der Dokumentation zu berücksichtigen. Bezugspersonen sind in die Pflegeplanung einzubeziehen.

Ziel der Pflegeplanung ist es, unter Einbeziehung des Bewohners seine Fähigkeiten, Ressourcen und Pflegeprobleme zu identifizieren sowie Pflegeziele und Pflegemaßnahmen zu vereinbaren.

Zitat: Maßstäbe und Grundsätze (...) nach § 113 SGB XI vom 27. Mai 2011

Inhalt:

- Pflegediagnosen
- Gewohnheiten, Wünsche, Bedürfnisse
- soziale Beziehungen, Kontakte, Befinden, Emotionalität
- Wohn- und Lebensbereich
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Informationen über den Grad der Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

Pflegebericht / Berichteblatt

Enthält der Pflegebericht regelmäßige Angaben zu Befindlichkeiten/Veränderungen des Bewohners?

Angaben zu Reaktionen und Abweichungen auf pflegerische Maßnahmen?

Spiegelt sich der Verlauf wieder?

Wird wertfrei objektiv u. sachlich beschrieben?

Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter bei akuten Ereignissen (z. B. Sturz) entnommen werden?

Werden Mehrfachdokumentationen in der Pflegedokumentation vermieden (im Durchführungsnachweis u. im Pflegebericht)?

Wird ein Überleitungsbogen angewandt?

Der Pflegebericht gibt Auskunft über das Befinden des Pflegebedürftigen und dient der Information über Veränderungen.

Die Eintragungen im Pflegebericht beziehen sich auf veränderte Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person und der Bezugsperson im Hinblick auf die gesetzten Ziele.

Sie stützen sich auf Beobachtungen der Pflegekraft und auf Äußerungen des Pflegebedürftigen und/oder seiner Bezugsperson im Hinblick auf die Pflegesituation.

Darüber hinaus gibt der Pflegebericht über situationsbedingte Gründe für das Abweichen von der Pflegeplanung Auskunft.

Die Eintragungen werden nicht wertend vorgenommen. Wenn keine Besonderheiten zu verzeichnen sind, weist der Pflegebericht keine täglichen Eintragungen auf.

Zitat: MDK-Qualitätsprüfungen

Eigene Einschätzungen der Pflegeperson sollten kenntlich gemacht werden z. B.:

„Ich bin der Meinung, dass“ oder

„Der Sohn von Herrn Müller hat angegeben“

Folgende Begriffe sollten wir nicht verwenden
Besser Situation / Reaktion / Verhalten / Beobachtung
kurz beschreiben.

- „wütend“ „aufbrausend“, “
- ...war wieder „frech“,
- „unkooperativ“, „anzüglich“,
- „ablehnend“ „unmöglich“,
- „...hat sich wieder „kindisch“ ...,
- „depressiv“, „desorientiert“ ,
- „verwirrt“ ...,
- “aggressiv“ (besser z.B: hat mich beim Toiletten-
gang gekniffen, geschlagen u. beschimpft),
- „schlecht / gut“,
- hat „viel / wenig“, (genaue Angaben machen),
- hat „öfter“ ..., (wie oft?),
- ist „mal wieder“ ...,
- fühlt sich „schlechter“, „...ist total“ ...,
- Beschreibende, eindeutige, sachliche, konkrete,
(evtl. auch kurze) Informationen sind besser ge-
eignet für einen professionellen Pflegebericht als
diese globalen, wertenden Begriffe.

Die besten Formulierungen erhält man wenn folgende Überlegungen angestellt werden:

Was hab ich beim Patienten

- gesehen, gehört, gefühlt (getastet), gerochen,

Zu vermeiden sind Eintragungen wie:

- AZ sehr gut
- keine Auffälligkeiten
- alles o.k.
- Versorgung nach Plan

Solche Umschreibungen sind zu ungenau. Was heißt z.B. sehr gut? Für jeden bedeutet „sehr gut“ etwas anderes!

Der Pflegebericht bezieht sich auf den vorangegangenen Tag (Tage / Wochen) und gibt evtl. Informationen, wie am nächsten Tag (Tage) weiter gepflegt werden soll.

Beispiel:

- "Das seit 3 Tagen eingenommene Medikament zeigt folgende Wirkung".
- "Durch die seit gestern durchgeführte 30° Lagerung ist keine Rötung am Trochanter mehr vorhanden".
- "Das Beckenbodentraining der letzten 4 Wochen zeigt erste Wirkung". "Inkontinenz nur noch beim Heben u. Husten".



Verknüpfung an die Berichte der letzten Tage

**Der Pflegebericht zeigt den Pflegezustand,
so ist es jetzt.**

Verknüpfung an die Berichte der nächsten Tage



Ärztliche Anordnung

Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? Nach PTVS-Ausfüllanleitungen für die Prüfer-stationäre Pflege gültig ab 1.1.2014

Die Pflegeeinrichtung kann behandlungspflegerische Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn der Vertragsarzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Anordnung getroffen hat.

Sofern eine Anordnung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht, kann dies der Pflegeeinrichtung nicht angelastet werden. Dies ist bei der Beurteilung der Pflegequalität durch den MDK zu beachten.

Behandlungspflegerische Maßnahmen müssen vom Arzt delegiert bzw. angeordnet werden. Sofern dies nur mündlich erfolgt, ist dieser Sachverhalt in der Pflegedokumentation zu vermerken.

Über die Frage, ob eine rechtliche Verpflichtung für den Vertragsarzt zur Dokumentation angeordneter medizinischer behandlungspflegerischer Maßnahmen in der Pflegedokumentation besteht, existieren in der juristischen Literatur unterschiedliche Einschätzungen.

Eine praktikable Lösung für Situationen, in denen Handlungsbedarf besteht und der Vertragsarzt nicht in der Pflegeeinrichtung anwesend ist, ist die Anordnung per Fax.

Von telefonischen Anordnungen sollte nur im Notfall Gebrauch gemacht werden.

In jedem Fall liegt die Verantwortung für die Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege auf der Basis einer fachgerechten Dokumentation bei der Pflegeeinrichtung.

Bedarfmedikation

Der Bedarf muss eindeutig und nicht interpretierbar genannt werden!

Folgendes wird eingetragen:

- behandelnder Arzt
- Anordnungsdatum
- Name des Medikamentes
- Applikationsform (z. B. Tbl., Dragees o.ä.)
- Bedarf (genaue Indikation)
- Einzeldosis
- Maximaldosis für 24 Stunden

Eine korrekte Bedarfmedikation würde dann so aussehen:

20.06. 2015 Dr. Henning, bei Schmerzen in der Schulter
1 Tbl. ASS 500, maximal 3x1 Tbl.

Falls der Arzt bewusst nur z. B. „bei Schmerzen“ anordnet, soll dies auch so dokumentiert und das Medikament muss wirklich bei jeder Art von Schmerzen gegeben werden.

Bei der Verordnung von Medikamenten für Demenzkranke sieht man oft solche Anordnungen:

„Bei Unruhe“ oder „bei Bedarf“

in diesem Fall müsste die Pflegekraft entscheiden, wann sie das Medikament gibt.

Sie muss aber auch für evtl. Schaden geradestehen!

weiter

Regeln zur Verabreichung von Medikamenten über Ernährungssonden

- Patient, wenn möglich, über die Medikamentenverabreichung informieren.
- Hände desinfizieren.
- Applikation der enteralen Ernährung stoppen.
- Sondenlage bei transnasaler Sonde überprüfen (z.B. durch Aspirieren von Sekret und Überprüfung des pHWertes oder durch Auskultation nach Einblasen von Luft).
- Vor und nach der Applikation von Arzneimitteln ist die Sonde mit 15 bis 30 ml Wasser zu spülen.
- Flüssige Arzneiformen sind zu bevorzugen.
- Auf eine ausreichende Verdünnung von flüssigen Arzneiformen achten.
- Feste Arzneiform – soweit erlaubt – sorgfältig zermörsern. Das erhaltene Pulver muss einen hohen Zerteilungsgrad haben, da die Austrittsöffnungen der Sonden teilweise sehr kleine Durchmesser aufweisen. Das zerkleinerte Medikament in 10 bis 15 ml Wasser suspendieren und mit einer 20-ml-Spritze applizieren.
- Jedes Arzneimittel soll einzeln zermörsert und getrennt appliziert werden, andernfalls besteht die Gefahr von chemischen Veränderungen und der Inaktivierung von Wirkstoffen. Zwischendurch muss der Mörser jedes Mal sachgerecht gereinigt werden.
- Zwischen jeder Applikation eines Arzneimittels die Sonde jeweils mit mind. 3 bis 5 ml Wasser (besser 10 ml) spülen.

Weiter →

Pflegeplanung / Pflegeprozessplanung

Siehe auch Anlage Seite 62-66

Die Pflegeplanung / Pflegeprozessplanung führt zu zielgerichtetem Handeln in der Pflege.

In der Pflegeplanung müssen alle Informationen stehen, die eine nicht in der Einrichtung beschäftigte Pflegekraft benötigt um einen Bewohner/Pat. zu pflegen, ohne dass ein Schaden für den zu Pflegenden entsteht.

In der Pflegeplanung/Pflegeprozessplanung wird die Art und Weise des pflegerischen Handelns beschrieben.

Ziele der Pflegeplanung

- Qualität der Pflege und Betreuung sichern.
- Sicherheit für den Pflegebedürftigen herstellen.
- Fachliche Beständigkeit in der Pflege gewährleisten.
- Objektive Beurteilung der Pflege ermöglichen.
- Informationsfluss für alle an der Pflege beteiligten ermöglichen.
- Leistungen nachvollziehbar darstellen.
- Beweissicherung der Pflegequalität (juristische Absicherung).

Pflegemaßnahmen

Sind auf der Grundlage der Bedürfnisse, Probleme/Defizite u. Ressourcen/Fähigkeiten individuelle Pflegemaßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele geplant?
Sind die Maßnahmen auf die Pflegeziele ausgerichtet?
Sind sie individuell an den Bewohner angepasst?
Sind die Maßnahmen handlungsleitend (wer, was, wann wie oft usw.)
Geplant durch PFK?
Wird bei der Pflegeplanung die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?

Pflegemaßnahmen

- Pflegemaßnahmen sollen das Problem lösen.
- Wünsche, Bedürfnisse u. Fähigkeiten des Bewohners / Pat. müssen bei der praktischen Ausführung berücksichtigt werden.
- Andere Berufsgruppen möglichst an den Maßnahmen beteiligen.
- Eine Maßnahme ist eine Pflegeanordnung und ist für das ganze Team bindend.
- Maßnahmen müssen ständig auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.

Maßnahmen können als:

vollständige Übernahme, teilweise Übernahme, Unterstützung, als Anleitung, oder Beaufsichtigung ausgeführt werden.

Bei der Planung überlegen wir:

Wer (Qualifikation), was, wann, wo, wie oft, wie wollen wir pflegen.

Maßnahmen verständlich u. kurz formulieren.

Pflegetransparenzvereinbarung (PTVS):

Bewertungskriterien für die Pflegequalität in stationären Pflegeeinrichtungen

vom 10.06.2013 gültig ab 1.1.2014

**DIE WICHTIGSTEN KRITERIEN FÜR DIE PRÜ-
FUNG SIND FETTGEDRUCKT**

1. Pflege und medizinische Versorgung (32 Kriterien)

- 1. Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?**
- 2. Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?**
- 3. Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?**
- 4. Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?**
- 5. Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?**
- 6. Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Deku- bitus (z. B. Wund- dokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt infor- miert und die Maßnahmen angepasst?**

Pflegetransparenzvereinbarung (PTVA)

Bewertungskriterien für die Pflegequalität in ambulanten Pflegeeinrichtungen

vom 7. Dez. 2015

gültig ab 1.1.2017

Qualitätsbereiche:

1. Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)
2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (8 Kriterien)
3. Dienstleistung und Organisation (9 Kriterien)
4. Befragung der pflegebedürftigen Menschen (12 Kriterien)

Pflegerische Leistungen:

1. Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
2. Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?
3. Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
4. Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
5. Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
6. Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?

Medikamente und bestimmte Nahrungsmittel vertragen sich nicht

Wenn Patienten plötzlich ihre Medikamente nicht mehr vertragen, kann dies unter Umständen an den Nahrungsmitteln und der Art und Weise der Medikamenteneinnahme liegen.

Viele Medikamente können in Verbindung mit Lebensmitteln Nebenwirkungen auslösen, oder die Lebensmittel blockieren die Aufnahme wichtiger Substanzen im Darm.

Wechselwirkungen entstehen oft bei Milchprodukten und Antibiotika. Deshalb Vorsicht bei der Einnahme von Antibiotika mit Käse, Joghurt, Quark oder Milch.

Kalzium und Magnesium behindern die Aufnahme tetrazyklischer Antibiotika (z. B. Doxycyclin). Darum sollten Milchprodukte etwa zwei Stunden vor der Einnahme von Antibiotika verzehrt werden.

Koffein und Antibiotika: Antibiotika hemmen den Koffeinabbau, und es kann z. B. zu Herzrasen und Schlafstörungen kommen.

Eiweißreiche Produkte und Eisenpräparate: Beim Verzehr von Rhabarber, Lachsschinken, Linsen, Bohnen, Milch oder Sahne soll auf gleichzeitige Einnahme von Eisentabletten verzichtet werden. Das darin enthaltene Oxalat behindert die Aufnahme des Wirkstoffs.

Koffein und Eisenpräparate: Die Wirkung der Eisenpräparate ist wirkungslos, wenn sie zeitgleich mit Kaffee oder Tee eingenommen werden. Das Eisen wird direkt ausgeschieden. Bei der Einnahme von Eisentabletten muss nicht auf Kaffee oder Tee verzichtet werden, es sollten aber gut zwei Stunden dazwischen liegen.

Grapefruitsaft und Pampelmuse verstärken die Wirkung von Schmerz-, Schlaf- oder Bluthochdruckmitteln. So kann z.B. Bluthochdruck ausgelöst werden.

Weiter